

О ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Проф. Н. Н. Лозанов и В. Н. Акимов

Кафедра оториноларингологии (зав.— проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В связи с учащением аллергических заболеваний среди населения и расширением наших знаний в области аллергии вопросы борьбы с ней приобретают особую актуальность. О том, насколько широко участвует аллергия в происхождении весьма распространенных нозологических форм, может дать представление следующее классифицирование (по Б. Б. Когану) известных в клинике аллергических процессов.

I. Аллергические болезни: 1) бронхиальная астма; 2) эозинофильные инфильтраты легких и других органов; 3) сениная лихорадка; 4) сывороточная болезнь; 5) крапивница; 6) отек Квинке; 7) мигрень.

II. Идиосинкразии.

III. Инфекционно-аллергические и коллагеновые болезни: острый ревматизм, острый нефрит, ревматоидный полиартрит, красная волчанка, узелковый периартериит, тромбангиит, облитерирующий эндартериит, пурпура Шонлейн-Геноха и др.

IV. Аллергические состояния (стадии) в течении острых и хронических инфекционных болезней известной этиологии (крупозная пневмония, тбк и др.).

Хотя патогенез, диагностика и лечение аллергических заболеваний уже давно привлекали к себе внимание исследователей, однако профилактика их до настоящего времени еще мало разработана. Об этом свидетельствует тот факт, что и в специальных журналах, и в неперiodических изданиях по аллергии вопросам профилактики или не уделяется внимание, или рассматриваются меры предупреждения лишь отдельных проявлений аллергии (например, анафилактических явлений, астматического приступа, аллергического ринита и др.). При этом в целях профилактики рекомендуются главным образом различные приемы десенсибилизации. Лишь в педиатрическом аспекте при рассмотрении профилактики аллергических заболеваний у детей рекомендуются более радикальные меры, как, например, ограждение беременных от аллергенов, грудное вскармливание и др. (М. А. Дадашьян, Глезер).

Между тем по своей распространенности среди населения аллергические заболевания в настоящее время уже переросли рамки спорадической заболеваемости. Так, профессор А. Д. Адо¹ указывает, что в США, Англии и Дании люди, страдающие аллергическими заболеваниями, составляют 10% всех заболевших. По данным аллергологического кабинета Шевченкового района города Киева, за 9 месяцев зарегистрировано 94 аллергических заболевания на тысячу работающих (К. Н. Карпова). Данные проф. Б. С. Преображенского свидетельствуют об участии аллергии в 30—50% всех заболеваний хроническим гайморитом, а, по данным проф. А. Г. Лихачева, за последние 3 года аллергическая природа синуситов была установлена у 44,8% больных. По данным Московского научно-исследовательского института уха, горла и носа, у большинства больных ангины и оти-

¹ Газета «Известия» от 19/I-64 г., стр. 6.

тами обнаруживались признаки аллергической перестройки реактивности организма (Н. А. Бобровский, П. П. Сахаров, Б. М. Сагалович и др.).

Все это побуждает подходить к изучению и борьбе с аллергическими заболеваниями с эпидемиологических позиций, подобно тому, как это делается в отношении других распространенных неинфекционных заболеваний, например, атеросклероза или рака. Думается, что введение понятия об эпидемиологии аллергических заболеваний может быть оправдано тем, что будет способствовать внедрению в дело борьбы с аллергическими заболеваниями многих проверенных эпидемиологической практикой приемов и методов (учет динамики заболеваемости, широта профилактических мер и др.).

Именно значительно большие трудности борьбы с неинфекционными заболеваниями, по сравнению с инфекциями, и побуждают думать, что только профилактический подход в борьбе с сенсibilизацией и может остановить дальнейший рост аллергических заболеваний, обеспечить их снижение, а в перспективе, хотя и отдаленной, и их ликвидацию.

Какие же пути и методы в настоящее время могут быть использованы для профилактики аллергических заболеваний?

Совершенно очевидно, что сама сложность патогенеза аллергических заболеваний требует для их профилактики объединенного участия многих медицинских специальностей.

Следует при этом отметить, что сториноларингологи заинтересованы в изучении аллергии едва ли не больше других клиницистов уже потому, что верхние дыхательные пути часто подвергаются воздействию экзоаллергенов и часто служат местом развития и проявления аллергических процессов. К тому же почти все воспалительные заболевания верхних путей и уха ведут к сенсibilизации организма как бактериальными и вирусными аллергенами, так и аутоаллергенами. Поскольку же при лечении их, как правило, применяются антибиотики и сульфаниламиды, аллергические синдромы при них особенно часты.

При разработке проблемы профилактики аллергических заболеваний важно учитывать закономерности, лежащие в основе развития сенсibilизации. Наиболее общей закономерностью, как это отмечалось П. Ф. Здродовским, является подчинение развития сенсibilизации и аллергии физиологическому принципу суммации раздражений, отмеченному в свое время еще И. М. Сеченовым и получившему признание в разных областях физиологии и патофизиологии. Предотвращение суммационных эффектов, возникающих в результате повторных воздействий аллергенов, может быть достигнуто если не полным устранением контакта с аллергенами, то более реальной мерой — устранением повторного воздействия одних и тех же аллергенов.

Другой закономерностью развития сенсibilизации и аллергии, важной для их профилактики, является то, что реакция антиген — антитело при всем свойственном ей постоянстве находится в большой зависимости от многих внешних и внутренних факторов, которые способны как стимулировать ее, так и тормозить. Именно поэтому при рассмотрении всех возможных мер профилактики сенсibilизации и аллергии следует иметь в виду многие природные, бытовые и профессиональные факторы, стимулирующие развитие сенсibilизации и аллергических заболеваний.

Все предупредительные меры против аллергических заболеваний целесообразно делить на 2 основные группы: санитарно-гигиенические и лечебно-организационные. Как те, так и другие включают ряд различных рекомендаций в зависимости от путей антигенного воздействия и возможностей его предупреждения.

Так, санитарно-гигиенические мероприятия (схема 1) включают следующие рекомендации: исключение ингаляционного и алиментарного путей проникновения в организм аллергенов, а также радиационных воздействий, способствующих сенсibilизации.

Лечебно-организационные мероприятия против сенсibilизации и аллергии (схема 2) складываются из предупреждения инфекционной сенсibilизации, аутосенсibilизации и медикаментозной сенсibilизации и включают организацию противоаллергических диспансеров.

Схема 1

Санитарно-гигиенические мероприятия по предупреждению сенсibilизации и аллергических заболеваний

I. Борьба с ингаляционной сенсibilизацией: а) устранение выброса в воздух промышленных отходов; б) борьба с курением; в) предотвращение воздействия бытовых, природных и профессиональных аллергенов.

II. Борьба с алиментарной сенсibilизацией: а) предупреждение внутриутробной сенсibilизации (диететика беременных); б) максимальный охват новорожденных грудным вскармливанием; в) разнообразие и индивидуализация пищевого рациона; г) предотвращение загрязнений антигенными веществами источников водоснабжения и питания.

III. Борьба с радиационными воздействиями, способствующими сенсibilизации: а) предотвращение загрязнения внешней среды радиоактивными веществами; б) предотвращение превышений норм облучения на производствах; в) предотвращение передозировок при облучениях в медицинской практике.

Схема 2

Лечебно-организационные мероприятия по предупреждению сенсibilизации и аллергических заболеваний

I. Предупреждение инфекционной сенсibilизации и аутосенсibilизации:

а) устранение воспалительных очагов любых локализаций; б) предотвращение аутоинтоксикаций, связанных с функциональными и органическими страданиями; в) иммунологическое и медикаментозное предупреждение сенсibilизации и аллергии.

II. Предупреждение медикаментозной сенсibilизации:

а) применение медикаментов, ведущих к сенсibilизации, лишь при их незаменимости; б) смена препаратов в процессе лечения во избежание сенсibilизации; в) смена путей введения препаратов.

III. Организация противоаллергических диспансеров, кабинетов, пунктов:

а) учет аллергических заболеваний и анализ их динамики; б) внедрение в практику индивидуальных мер профилактики аллергии; в) осуществление общественных мер профилактики аллергии с привлечением заинтересованных организаций.

Как видно из схемы 1, ограждение от сенсibilизации, возникающей вследствие проникновения аллергенов через дыхательные пути, должно начинаться с мер по устранению или значительному уменьшению попадания в воздух всех летучих веществ, которые при вдыхании могут сенсibilизировать организм или, не являясь антигенами, все же могут способствовать развитию аллергии. Немаловажное место в профилактике аллергических процессов должна сыграть и борьба с

такими бытовыми и производственными сенсibilизирующими воздействиями, как, например, курение табака, вдыхание воздуха, содержащего цветочную пыльцу, домашнюю или производственную пыль, шерсть, такие химикаты, как урсол, производные карбаминовой кислоты и др.

В связи с химизацией народного хозяйства большое значение приобретает аллергологическая оценка химикатов, применяемых в народном хозяйстве, и предотвращение сенсibilизации контактирующих с ними людей.

Ко второй группе санитарно-гигиенических противоаллергических рекомендаций относятся меры по борьбе с пищевой сенсibilизацией (схема 1). Поскольку такая сенсibilизация может возникать еще в стадии внутриутробного развития, профилактику необходимо начинать с ограждения беременных женщин от пищевых аллергенов путем соблюдения таких основных требований диететики, как ограничение употребления в пищу яиц и мяса птиц, исключение жареных и копченых мясных продуктов с заменой их молочно-растительными. Продолжением этих мер должно служить ограждение детей с момента рождения от возможной алиментарной сенсibilизации. В этом отношении особое значение приобретают преимущества вскармливания материнским молоком перед искусственным вскармливанием, с которым связывается учащение аллергической перестройки организма не только в детстве, но и в последующие периоды жизни (М. А. Дадашьян, Глезер).

Большое значение приобретает не только исключение тех пищевых продуктов, которые уже вызывали у данного человека аллергические реакции, но и ограждение от возможности пищевой сенсibilизации под влиянием длительного применения одного и того же продукта.

Особое значение приобретают в профилактике аллергических заболеваний ограждение источников питьевой воды, как и пищевых ресурсов, от примесей промышленных отходов, способствующих сенсibilизации¹.

Радиационные воздействия, как известно, в определенных дозах способствуют сенсibilизации путем повышения клеточной проницаемости и нарушения барьерных функций, чем открывается доступ для проникновения во внутреннюю среду организма различных экзо- и эндоаллергенов. Отсюда вытекает необходимость ограждения населения от различного рода облучений, превышающих гигиенические нормативы (В. З. Агранат).

В этом отношении немалая роль принадлежит и медицинским работникам, врачам санитарно-гигиенической и рентгенорадиологической службы и клиницистам, направляющим больных в рентгеновские кабинеты, на физиотерапевтические процедуры и лучевое лечение.

Видимо, диагностические и контрольные рентгеновские просвечивания и снимки должны назначаться с учетом не только прямого их радиационного воздействия, но и их побочного сенсibilизирующего эффекта.

Среди лечебно-организационных мер (схема 2) предупреждения сенсibilизации и обусловленных ею аллергических заболеваний наибольшее значение имеет борьба с хроническими воспалительными очагами, являющимися наиболее частыми источниками бактериальной и вирусной сенсibilизации, а также и аутосенсibilизации (кариес зубов, парадонтоз, тонзиллиты, синуситы, холециститы, остеомиелиты,

¹ См. статьи профессоров А. Д. Адо и Л. Медведь, опублик. в «Медицинской газете» от 5/XII-63 г.

бронхоэктазии и др.). Этим целям служат терапевтические методы, а при их недостаточности — хирургическое устранение воспалительных очагов. При невыполнимости же или противопоказанности операций в целях ослабления сенсibilизирующего влияния очагов используются различные виды антибактериального, десенсибилизирующего и гормонального (кортикостероидного) воздействия (Г. Ф. Глуховская и Е. Н. Сидоренко; Р. А. Сандлер). Однако стремление к замене консервативным лечением оперативного вмешательства часто дает лишь временный эффект или приводит к латентному течению очагов, не устраняя их аутосенсibilизирующего воздействия. Очевидно, на практике это следует учитывать при выборе оперативного или консервативного метода лечения воспалительных очагов и предпочитать оперативное лечение, если нет прямых противопоказаний. Примером, хорошо известным в лечебной практике, служит полное устранение тонзиллогенной интоксикации и облегчение течения ревматических и ревматоидных поражений после тонзиллэктомии даже у тех больных, у которых микрофлора миндалин, их вид и гистология существенно не отличались от обычно встречающихся у здоровых людей.

В общем плане мероприятий по профилактике аллергических заболеваний немалое место должны занимать меры по борьбе с функциональными и органическими заболеваниями, ведущими к сенсibilизации (устранение заповор, застоя в желчных путях, застоя секрета в дыхательных путях, недостаточности носового дыхания и пр.). Немалую роль в профилактике аллергии играет также и борьба с гельминтозами.

При лечении аллергических заболеваний современными методами специфической десенсибилизации (П. П. Сахаров, Е. И. Гудкова, Ю. А. Порошина, В. А. Фрадкин) нередко достигается и предупредительный эффект, хотя он является временным и строго специфичным, а следовательно, не предотвращающим развития аллергических заболеваний вообще.

Медикаментозные же средства, успешно применяемые в целях десенсибилизации, как выясняется при более длительном наблюдении, не только не предотвращают сенсibilизации в будущем, но иногда даже могут сами вызвать аллергические реакции, как это отмечалось в отношении, например, димедрола.

Большое практическое значение в последнее время приобретает лекарственная сенсibilизация и связанные с нею побочные действия медикаментов, в частности антибиотиков (Х. Х. Планельес и А. М. Харитонов). Для предупреждения тяжелых аллергических реакций при антибиотикотерапии следует шире внедрять в практику такие меры аллергологического порядка, как изучение анамнеза в отношении прежних аллергических реакций, выявление грибковых заболеваний как возможного источника сенсibilизации и учет предшествующих аллергических реакций при антибиотикотерапии в прошлом. Для предупреждения аллергических реакций в ответ на лечебную дозу антибиотика необходимо пробное введение малой дозы, а также использование кожных и конъюнктивальных проб для выявления повышенной чувствительности к данному антибиотику. В случае же наличия особой чувствительности к антибиотику, применять который все же необходимо, обязательно проведение постепенной десенсибилизации путем введения перорально или подкожно сначала минимальной дозы, не вызывающей побочных явлений, с последующим увеличением ее через каждые 2—4 дня, до достижения достаточных суточных доз. Следует иметь в виду, что хотя при этом методе и может быть достигнута десенсибилизация к данному антибиотику, в результате которой становятся безопасными полные его дозы, однако это не означает устранения сенсibilизации навсегда, так как в дальнейшем состояние

сенсibilизации может восстановиться, а аллергические реакции могут повториться и даже в более тяжелой форме.

Поскольку состояние сенсibilизированности к медикаментам, и в первую очередь к антибиотикам, устранимо современными методами специфической десенсibilизации лишь временно и к тому же не полностью, актуальным является вопрос о такой врачебной тактике, которая могла бы обеспечить не только лечение заболеваний, но и предупреждение (или хотя бы снижение) медикаментозной сенсibilизации вообще. Едва ли нужно говорить о том, что возможностей для развития сенсibilизации организма к определенному медикаменту тем больше, чем больше его поступает в организм больного. Из этого вытекает ряд положений, определяющих тактику врача, стремящегося не только помочь больному в лечении данного заболевания, но и предотвратить возможность сенсibilизации его. Простейшей мерой предупреждения медикаментозной сенсibilизации следует считать всемерное ограждение больного в процессе лечения от введения значительных количеств одних и тех же медикаментов, которым свойственно сенсibilизировать организм при длительном применении. С этой точки зрения назначение антибиотиков следует считать оправданным лишь в условиях их незаменимости при данной ситуации. Во всех же случаях, где применимы иные, достаточно эффективные методы лечения, ими следует пользоваться, оставляя антибиотикотерапию в резерве. Если же при соответствующей ситуации отмена антибиотиков более опасна, чем риск сенсibilизации ими, то следует прибегать к замене одного антибиотика другим, поскольку этим можно прервать или отсрочить процесс медикаментозной сенсibilизации.

Для развития, а следовательно, и для профилактики медикаментозной сенсibilизации организма представляется не безразличным путь введения медикамента. Общее насыщение организма антибиотиками создает больше возможностей для сенсibilизации, чем местное их применение в очаге воспаления, например, путем ингалирования, инсуфлирования, аппликации или инъектирования в воспаленную зону. Однако следует иметь в виду, что и при местном применении антибиотиков сенсibilизация ими не исключается, а может лишь позднее развиваться и проявляется чаще местными аллергическими симптомами, чем общими.

Каковы же первоочередные задачи в профилактике аллергических заболеваний? К их числу следует отнести:

1. Ограничение медикаментов, обладающих выраженными сенсibilизирующими свойствами, во всех случаях, где без ущерба для больных без них можно обойтись (антибиотики, сыворотки, вакцины и др.). Изыскание новых форм лечебных препаратов, не вызывающих аллергических реакций.

2. Ограждение от передозировок при применении физиотерапевтических и лучевых методов, способствующих сенсibilизации.

3. Выработка более четких показаний для операций, производимых не только в целях устранения очагов инфекции, но и сенсibilизации, поскольку на практике появилась тенденция замены оперативной элиминации очагов общим и внутриочаговым введением антибиотиков, что хотя и дает нередко местный терапевтический эффект, но не исключает от их сенсibilизирующего воздействия.

4. Выработка организационных форм профилактики аллергических заболеваний. Наиболее эффективной формой следует считать организацию противоаллергических диспансеров, кабинетов и пунктов, к работе которых должны привлекаться все заинтересованные специальности, подобно тому, как это практикуется онкологическими диспансерами. Одной из основных задач этих противоаллергических учреждений должно считаться выявление среди населения лиц с повышенной

склонностью к аллергии, диспансеризация их с детства, рациональное лечение, проведение профилактических мер, консультации в отношении трудоустройства, места жительства, индивидуальных мер профилактики, статистика и т. д.

В заключение следует отметить, что намечаемые в данной статье санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические меры не должны противопоставляться, а, наоборот, должны сочетаться со специфической десенсибилизацией как средством борьбы с уже развившимися заболеваниями.

Все перечисленные профилактические меры важны еще и потому, что они будут иметь значение не только для предупреждения аллергических заболеваний, но и в деле профилактики многих других заболеваний, связанных с нарушением уровня иммунитета, интоксикациями и развитием гетерогенности в организме. В последнее время все эти процессы рассматриваются как имеющие патогенетическое отношение к опухолеобразованию (Н. И. Вылегжанин) и, следовательно, к учащению заболеваемости злокачественными опухолями. Поэтому все намечаемые здесь меры для профилактики аллергии следует рассматривать как часть того общего плана оздоровительных мероприятий, который предусмотрен в нашей стране программой коммунистического строительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агранат В. З. В кн. Радиационная гигиена, т. II, Медгиз, М., 1962.
2. Вылегжанин Н. И. Казанский мед. жур. 1963, 1. — 3. Глуховская Г. Ф., Сидоренко Е. Н. В кн. Вопр. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 4. Дадашьян М. А. Профилактика инфекционных заболеваний и аллергии у детей. Медгиз, М., 1962. — 5. Здродовский П. Ф. Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии. Медгиз, М., 1963. — 6. Карпова К. Н. В кн. Вопр. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 7. Коган Б. Б. В кн. Вопросы аллергии, Медгиз, М., 1961. — 8. Лихачев А. Г. В кн. Материалы расширенного пленума правления Росс. общества отоларингологов. М., 1964. — 9. Плательес Х. Х., Харитонов А. М. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. Медгиз, М., 1960. — 10. Преображенский Б. С. В кн. Материалы расширенного пленума Росс. общества отоларингологов. М., 1964. — 11. Сандлер Р. А. В кн. Вопр. аллергии в клинике. Госмедиздат УССР, Киев, 1963. — 12. Сахаров П. П., Гудкова Е. И., Порошина Ю. А., Фрадкин В. А. В кн. Современная практическая аллергология. Медгиз, М., 1963. — 13. Glaser J. Allergy in Childhood, 1956, Illinois, USA; Acta Paediatrica vol 46, 1957, I. Uppsala.

Поступила 15 сентября 1964 г.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПНЕВМОНИИ

Проф. К. Г. Никулин и доц. В. В. Костина

(Горький)

За последние годы интерес к хроническим пневмониям значительно возрос, что объясняется их несомненным учащением, в какой-то мере связанным с широким применением антибиотиков и изменением аутоиммунных реакций. Отсюда вытекает необходимость более детального изучения динамики хронических пневмоний, особенно в обратимом периоде. Прежде всего нам хотелось бы уточнить, что вкладывать в само понятие хронических пневмоний. Смещение понятий, вкладываемых в термин «хронические пневмонии», затрудняет их изучение, разработку мер предупреждения и лечения.

И. К. Есипова, С. П. Борисов, Г. А. Зедгенидзе и Л. Д. Линденбратен считают хроническими пневмониями не только долевое или сегментарное воспаление, в соответствии с принятой номенклатурой заболеваний легких, но и хронические бронхиты с эмфиземой легких. Подобное обобщение, закономерное с точки зрения патолога, клинически неприемлемо. Локализация воспаления, его ограниченность или диффузность накладывают свой отпечаток на клиническое течение. Совершенно различны и механизмы развития хронического бронхита и эмфиземы от пневмонии.

Установить различия между этими заболеваниями совершенно необходимо, так как пневмония имеет непосредственную опасность и требует немедленного лечения (Джон Хордер). Выделение хронического бронхита в самостоятельную нозоло-